Ueber Polypen der Harnröhre bei der Frau.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Leo Schzedrowitzky.

ACAD. LUDW. BAT. BIBL.

■ ■ ■

München 1913
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. Döderlein.

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548303_0038

Unter den Neubildungen der weiblichen Harnröhre beanspruchen die Polypen ein besonderes theoretisches und praktisches Interesse, theoretisch wegen der verschiedenartigen Aetiologie in den Uebergängen von Harnröhrenvorfall und entzündlicher Polypenbildung, praktisch wegen der häufig damit für die Trägerin verbundenen hochgradigen Beschwerden.

Zahlreiche Neubildungen kommen in der weiblichen Harnröhre vor, viel häufiger als in der des Mannes. Schon frühzeitig wurde die Aufmerksamkeit der Aerzte auf solche gelenkt, in dem Morgagni bereits 1719 solche beschrieb. Indes haben dieselben allgemeines Aufsehen erst dann erregt, als Clarke ihre Symptome und Bedeutung schilderte und sie mit dem treffenden Namen, Vascular Tumur bezeichnete (1814).

Die Benennung Harnröhrenpolyp stammt jedoch von Velpeau — ursprünglich war der Name auf die Tumoren der Harnröhre gar nicht bezogen. —

Polypen hängen entweder an einem mehr oder weniger langem Stiele (Fall von Meyer) oder sie inserieren mit breiter Basis, wie in einem Falle, den ich später anführen werde, an der Harnröhrenwandung. Die Farbe schwankt zwischen einem lebhaften hell- und einem ausgesprochenem dunkelrot. Einige Autoren wie Scarzoni, Wede, Pozzi sprechen von einem weinrot. Diese Farbennuancen hängen wohl von der Beteiligung von mehr arteriellem oder venösen Gefäßen ab. Das Alter, in dem diese Erkrankung am häufigsten vorkommt, sind die 50er Jahre, obwohl Lange und Albrecht Fälle beobachteten zwischen 20 und 40 Jahre.

Was die Größe anbelangt, so sind die Schleimhautpolypen oder Karunkeln, wie man sie nennt, wenn sie sehr klein sind, von geringer Größe, selten so groß wie es Desquins beschreibt — 160 Gramm und der 10 cm breite von Préstat.

Ueber die Aetiologie der Harnröhrenpolypen möchte ich zuerst die Theorie von Englisch anführen, der sagt:

„In den Drüsen der Harnröhre findet zunächst ein Anlegen der oberflächlichen Epithelschichten statt, die sich bald zu einer so innigen Verbindung gestaltet, daß der Innendruck der Drüse dieselbe nicht mehr lösen kann. Durch die fortgesetzte Epithelbildung wird der Inhalt vermehrt und die Drüse ausgedehnt; dadurch entsteht nun eine Retentionszyste. In den erweiterten Drüsen treten zahlreiche Papillen auf; sie finden sich auch in deren Umgebung und besonders an den Schleimhautfalten, welche die einzelnen Eingangsöffnungen von einander trennen; in deren Nähe werden die Gefäße auch zahlreicher. Infolge der Harnentleerung findet nun ein steter Reiz der im Vereine mit dem vermehrten Blutandrange allmählich zu einer stärkeren Gewebsveränderung führt. Auf diese Weise würden dann allmählich die papillären polypösen Neubildungen entstehen, und zwar um so leichter, je stärker die Drüsenschläuche erweitert waren und Gewebswucherung in derselben stattgefunden hat.“ Diese Retentionszysten fand Englisch bereits bei einem 6—7monatlichen Foetus, sonst aber nur bei Neugeborenen oder zwei- bis drei Jahre alten Kindern. Daraus schließt er, daß die Zysten in den letzten Foetalmonaten entstehen.

Retentionszysten können sich jedoch in jedem Lebensalter an dieser Stelle so gut bilden wie an anderen Körperteilen. So hat diese De Bary einmal bei einjährigen Kinde, das andere Mal bei einer erwachsenen Frau gefunden. Neuberger und Schüller sprechen die Vermutung aus, daß eine weitere, möglicherweise viel häufigere Quelle für die Karunkelbildung, die gerade am Orificium urethrae auf der unteren und seitlichen Harnröhren-

schleimhaut beiderseits normaliter vorhandenen Littre'schen und Skene'schen Drüsen bilden. Es ist daher nicht zu verwundern, wenn in jeder Lebensepoche des Weibes die Bedingungen zur späteren Bildung von Papillären, polypösen Neubildungen vorhanden sind.

Angeborene Polypen der Harnröhrenschleimhaut sind sehr selten, doch in der Literatur sind solche bekannt, wie z. B. der Fall von Flötzner.

Ein weiteres ätiologisches Moment bilden die congenitalen Anomalien, wie Atresia Hymenalis et Vaginae.

Der Coitus wird gewöhnlich in solchen Fällen durch die Harnröhre ausgeführt (von Winkel, Säxinger, Rosenthal, Klein wächter) und diese enorm erweitert. — In vielen Fällen aber ist von vornherein eine Erweiterung der Harnröhre schon vorhanden, indem der Uebergang der Allantois zum Vestibulum sich nicht vollkommen zu einer normalen Urethra schließt, wodurch es zum Ueberschuß an Schleimhaut kommt, welche leicht vorfallen kann und durch reizende Zustände oder andere Impulse noch nicht ganz aufgeklärter Art in Wucherung gerät. Man ersieht daraus, daß der Prolaps der Urethra ätiologisch für die Entstehung der Harnröhrenpolypen in Betracht kommt und wir werden näher auf die Momente eingehen, unter denen sich ein solcher Vorfall der Urethra bildet. Zahlreiche Untersuchungen, die darüber angestellt wurden, ergaben, daß der Harnröhrenprolaps sich fast ausschließlich bei alten Frauen und Kindern findet. Die besonders starke Verschieblichkeit der kindlichen Urethralschleimhaut auf der lockeren Submucosa, sowie mehr nach abwärts gerichtete Verlauf der kindlichen Harnröhre spielen als begünstigende Momente entschieden eine Rolle. Als Ursachen für die Entstehung des Prolapses werden oft auch angegeben:

starkes Pressen bei Obstipation, Bronchitis, Pertussis, langes Hängen im orthopädischen Streckapparat bei Skoliose. Blank

hebt unter den Ursachen des Prolapses der Harnröhrenschleimhaut bei Kindern entzündliche Zustände der Blase und Harnröhre hervor. Besonders die Vulvovaginitis nach Masern, Scharlach und gonorrhoischer Infection-Zustände, die eine Hyperämie der Schleimhaut, ein Oedem der Submucosa und Dysurie verursachen, endlich Blasensteine, welche starke Drangbewegungen bei der Harnentleerung hervorrufen können.

Im Klimakterium ist der Prolaps offenbar eine Teilerscheinung seniler Involution An den Schrumpfungen der Vulva und Vagina nimmt auch die Harnröhre teil, sie verkürzt und retrahiert sich. Ihre äußere Mündung wird in ganz typischer Weise verlagert, unter den untern Symphysenrand in eine Position gezogen, die der foetalen resp. infantilen ähnelt. Diesem Retractionsprozeß unterliegen ganz besonders die äußeren Wandschichten der Urethra, während die Schleimhaut häufig nicht im gleichen Maße teilnimmt. Infolgedessen wird die Unterlage für die Schleimhaut zu kurz und sie krempelt sich daher an der äußeren Harnröhrenmündung nach außen um. Reubold führt den Prolaps der weiblichen Harnröhrenschleimhaut auf Wirkung der Bauchpresse bei gelockerter Verbindung zwischen Scheide und Harnröhre zurück.

Zwischen dem 18. und 40. Lebensjahr ist der Harnröhrenprolaps äußerst selten. In den wenigen bekannt gegebenen Fällen lag gewöhnlich eine ganz besondere Veranlassung vor, durch welche die gesunde oder entzündete und geschwellte Schleimhaut vorgedrängt wurde. So sah Ewald einen Prolaps nach einem schwerem direkten Trauma am Unterleib. In anderen Fällen gaben die an Urethritis, Cystitis oder Blasenstein leidenden Patientinnen den heftigen Dranggefühl so lange und so stark nach, daß ein Prolaps sich ausbildete. Lach berichtet, daß nach Einlegung eines zu großen Scheidenpessars starker Urindrang auftrat, der die 72jährige Patientin veranlaßte, 70 Stunden lang die Bauchpresse auf das äußerste anzustrengen; dabei preßte sie die Harnröhrenschleimhaut heraus.

Von anderen ätiologischen Momenten wären Entzündungen der Harnröhrenschleimhaut zu nennen:

Wird der Prozeß ein chronischer, so wird das ganze Rohr derber, infiltriert, fühlt sich hart an, und es kann sich ein Zustand der Hypertrophia urethrae ausbilden, bei dem das die ganze Harnröhre umgebende Gewebe, so namentlich die vordere Scheidenwand mitbeteiligt ist. Bei starker Auflockerung der Schleimhaut kommt es zu Varikositäten in derselben und in der Umgebung des Orificium externum und weiterhin zu partiellem oder totalem Prolaps der Urethra (v. Winkel).

Scanzoni teilte einen Fall mit, wo bei einem jungen Mädchen, das bei seinem täglichen Masturbationen ein drei Linien dickes Wachskerzchen in die Harnröhre einführte, Lachapelle bei einer puella publica und andere. — Es ist kein Wunder, wenn auch eine auf diese Weise dilatierte Schleimhaut vorfällt!

Daß ferner die Geburt mit ihren heftigen Läsionen der Urethra, besonders in der Austreibungsperiode durch den vorliegenden Kindesteil eine wichtige Praedisposition für Prolaps der Urethralschleimhaut schaffen kann, bedarf ebenfalls keines Beweises und ist von Reichert für die Aetiologie der venösen Angiome hervorgehoben worden. Sehr lehrreich sind in dieser Hinsicht die zwei Fälle von Amann, einer von Albrecht und der von Basler, wo bei einer 20jährigen Frau fünf Wochen nach der ersten normalen Geburt die Urethra so dilatiert war, daß sie den Finger eindringen ließ und einen taubeneigroßen Prolaps ihrer Schleimhaut zeigte, ohne daß die übrigen Genitalien dislociert waren.

Eine andere noch häufigere Ursache desselben Leidens ist nach Mattei und Olshausen das plötzliche Herabsteigen des Uterus nach der Geburt.

Die Praedisposition, die eine geschwächte Beckenbodenmusculatur für die Entstehung eines Prolapses gibt, wurde von Olshausen, Fritsch, Küstner u. a. hervorgehoben und neuerdings

in der ausführlichen Arbeit von Halban und Tandler besonders betont.

Auf eine besondere Art chronischen Reizes macht Lange aufmerksam, nämlich auf das Klaffen der Harnröhrenmündung bei alten Frauen:

„Wie nämlich die Vulva wegen seniler Atrophie der Labien dauernd oder bei geringen Spreizbewegungen klafft, so schließen oft auch die Ränder des Orificium urethrae nicht. Ist letzteres ohne jede Zerrung freigelegt, so wird dann ohne weiteres die Schleimhaut der Harnröhre in ihrer Ausdehnung von ca. 0,5 cm sichtbar, ohne daß ein Prolaps derselben besteht. Dieser Befund ist wohl durch den Schwund elastischer Fasern bedingt, welcher in dem Gewebe der Vulva, sowie in dem vaginalen und perivaginalem hiermit aber auch in dem periurethralem Bindegewebe, als eine Teilerscheinung der Altersveränderungen auftritt. Klafft aber die Harnröhrenmündung, so ist die hinter ihr gelegene Schleimhautpartie dem Einfluß von Genitalsecret, Staub usw. ausgesetzt, daß chronisch entzündliche Zustände entstehen, welche einen günstigen Boden für die Karunkelbildung abgeben.

Beobachtungen aller Autoren stimmen darin überein, daß man bei Urethralpolypen fast immer noch anderweitige Erkrankungen des Urogenitalsystems antrifft, und darauf fußende Forschungen haben ergeben, daß dies nicht bloß ein reiner Zufall ist, sondern daß diese Erkrankungen einen Zusammenhang haben müssen, und Güterbock äußerte sich dahin, daß die Häufigkeit der Combination mit anderen Leiden des Urogenitalsystems die Existenz einer stärkeren örtlichen Reizung als mittelbare Entstehungsbedingung für viele Urethralgeschwülste voraussetzt.

Verneuil beobachtete eine Kranke mit Uterusfibroid bei gleichzeitigen Polypen der Harnröhre; die 92jährige Patientin von Winkel litt zugleich an Haemometra senilis. Patientinnen von Scanzoni litten an Gonorrhoe, an Prolapsus uteri et Vaginae, eine an Blasenstein, — sämtlich Zustände, welche geeignet sind,

einen chronischen Katarrh der Harnröhre zu unterhalten. Auf Grund zahlreicher Untersuchungen bestätigt Keilmann, sein Schüler, die Ansicht seines Lehrers und kommt zu dem Schluß, daß sich die Karunkeln infolge chronischer Hyperämie der Beckenorgane entwickeln.

Die Symptome dokumentieren sich durch Blutungen und heftige Beschwerden, und darin liegt ihre pathologische Bedeutung. In den meisten Fällen bestehen außerordentlich heftige Schmerzen bei der geringsten Berührung oder Lageveränderung des Körpers. Schon das einfache Reiben des Hemdes kann starke Schmerzparoxysmen hervorrufen (Medoro).

Bavor erwähnt auch unter anderem folgendes von Frauen mit Urethralpolypen: „les désirs erotiques étaient plus vifs et plus fréquents."

Eine 33jährige Patientin von Ruth hatte solch heftiges Schneiden in der Harnröhre, daß sie unfähig war, einige Minuten aufrecht zu stehen.

Winkel's Kranke war nicht imstande, sich wie andere Leute auf den Stuhl zu setzen; sie setzte sich nur mit einem Tuber ischiadicus auf, um den Druck an der Vulva zu vermeiden; schließlich war es ihr nur mehr möglich zu stehen oder flach auf dem Sofa zu liegen. Aus der Guyon'schen Klinik berichtet Arnold folgenden Fall:

Die Kranke war schon früher an einem Urethralpolypen operiert worden, allein die Beschwerden beim Urinieren kehrten sehr bald wieder und führten zu hochgradiger Hysterie, als deren Teilerscheinung ein heftiger Vaginismus auftrat, welcher zugleich mit sehr hochgradigem Blasendrang auf die leiseste Berührung hervorgerufen wurde. Nach der Operation schwand die Hyperästhesie des Scheideneinganges sehr rasch und ebenso der Blasentenesmus.

Macdonell erwähnt einen Fall von einer 60jährigen Frau, die infolge der schmerzhaften Urethralgeschwulst nicht zu gehen

vermochte. Infolge dieser Schmerzen, die sich in der Blasengegend den Lenden, den Oberschenkeln und der Vulva bemerkbar machten, kamen schon häufig Verwechslungen mit Blasen- und Genitalerkrankungen vor. Ausstrahlende Schmerzen bis in die Fersen erwähnt Simpson und führt außerdem Wytt an, der ebenfalls von symptomatischen Schmerzen in den Extremitäten spricht. Auch beim Coitus rufen die Geschwülste starke Schmerzen hervor, die denselben sogar ganz unmöglich machen können. (Simpson, Beigel, Braun, Englisch, Veit etc.) Nach Simpson kann gerade dieser Schmerz das erste Symptom für das Vorhandensein eines Harnröhrenpolypen sein.

Man hat natürlich, um die äußerst große Empfindlichkeit dieser Tumoren erklären zu können, auch nach Nervenfasern in ihnen gesucht; indes fand Verneuil keine solchen, während nach Simpsons Angabe John Reid, der eine solche Geschwulst untersuchte, reichliche Nervenfasern gesehen haben will. Später erwähnt noch Liche und Simpson selbst das Vorkommen von Nervenelementen.

Aus dem Gesagten ergibt sich eine Mannigfaltigkeit der Symptome, doch fällt trotzdem bei aufmerksamer Inspektion die Diagnose nicht schwer.

Was die Prognose anbelangt, so ist sie wie bei allen gutartigen Geschwulstformen nach einmaliger Radikalbehandlung gut.

Folgende gutartige Tumoren der Harnröhrenschleimhaut wurden beobachtet:

1. Condylome (Papillome im engeren Sinne), die ihren Ursprung von den Papillarkörpern der Schleimhaut nehmen, und die papillären, polypösen Angiome (auch Karunkeln, Fungositäten, fungöse Excrescenzen genannt); erstere ohne, letztere mit vorwiegender Beteiligung und Entwicklung der Gefäße der Mucosa.

2. Durch Erkrankung der Gefäße der Schleimhaut werden die Phlebectasien, Varices gebildet: wenn die Venen der Urethra

sehr erweitert sind, so können ihre Varices auch Teile der Schleimhaut mit ausziehen und prominente Tumoren liefern (Virchow). Diese Geschwülste, die auch gestielt sein können, führen den Namen Angiome oder Harnröhrenhämorhoiden.

3. Sind die Drüsen der Schleimhaut oder die Lacunae Morgagni derselben erkrankt, so finden wir die Retentionszysten, die Polypen (Schleimhautpolypen). Letztere entstehen aus ersteren: „Werden die Retentionszysten größer, so treten sie nicht selten als halbkugelige Tumoren aus der Urethra hervor, können einen Stiel ausziehen und wirkliche Polypen bilden; sie sind meist von normaler Schleimhaut überzogen (Winkel). Auch von Skene'schen Gängen, resp. Oberdick'schen Lacunen gehen Retentionszysten aus.

4. Was die Bindegewebstumoren anbelangt, so sind Myxome, Fibrome, resp. Fibromyome beobachtet worden. Diese Tumoren nehmen ihren Ursprung, sei es vom Bindegewebe oder Mucosa oder Muscularis, sei es von dem Gewebe, welches die tieferen periurethralen Schichten bildet.

Drei derartige Tumoren wurden im Laufe der letzten Jahre in der Amann'schen Klinik beobachtet:

1. Fall: 58 Jahre alte Frau: Opara.

Anamnese: Mutter † an Wassersucht, Vater † an?, 2 Brüder an Tbc.

Mit 18 Jahren hat Pat. Masern durchgemacht, mit 26, 30 und 41 Jahren Lungenentzündung. Seit 49. J. Menopause.

Regeln begannen mit 15 Jahren, waren immer regelmäßig, alle 4 Wochen, stark, dauerten 7—8 Tage; keine Dysmenorrhoe. Seit einiger Zeit bemerkte Patientin einen gelblich-weißen Ausfluß aus der Urethra.

Die Untersuchung ergibt einen Harnröhrenpolypen.

Excisio-Naht. Glatte Heilung.

2. Fall: 22 Jahre alte Frau: Opara.

Anamnese: Eltern leben, sind gesund, keine Geschwister. Als Kind machte Pat. Scharlach durch, mit 15 Jahren Lungenentzündung. Vor 3 Jahren durch Trauma Leistenbruch-Operation: Exstirpatio des im Leistenkanal beiderseits liegenden Netzes. Periode ist niemals eingetreten. Bald nach der Operation traten heftige Schmerzen in der Blasengegend und beim Urinieren auf, die in der letzten Zeit besonders heftig wurden. Opstipatio.

Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keinen pathologischen Befund.

In der Harnröhrenmündung findet sich eine pfennigstückgroße polypöse tiefrote Vorragung, die der invertierten Schleimhaut entspricht, und in deren Mitte die Oeffnung der Urethra sich befindet. In der unteren Begrenzung der Harnröhreneinmündung ist der Polyp gangränös.

Die Untersuchung des Urins ergibt das Bestehen einer Cystitis.

Excisio-Naht. — Glatte Heilung.

Der letzte Fall verdient insofern eine besondere Besprechung, als dabei eine sehr seltene Komplikation, ein Blasenstein, gefunden wurde.

Anamnese: Vater der Patientin starb an Gicht, Mutter an Unterleibskrebs, eine Schwester im Kindesalter an Auszehrung. Als Kind war Pat. stets gesund, hat keine Infektionskrankheiten durchgemacht. Mit 16 Jahren begannen die Menses, die immer regelmäßig gewesen sind, keine Dysmenorrhoe. Mit 26 Jahren partus, lebendes Kind. Das Wochenbett verlief ohne Komplikationen. Vor 8 Jahren wurde die Pat. an einer Geschwulst (?) im Unterleib operiert, wobei der Uterus entfernt wurde. Seit ca. 9 Jahren besteht Menopause. Was die jetzige Krankheit anbelangt, so bemerkte Pat. seit ungefähr einem Jahre eine Geschwulst an der Harnröhre. Die Geschwulst nahm an

Größe allmählich zu und blutete zeitweilig. Die letzte Zeit konnte Pat. das Wasser nicht lange halten und mußte oft urinieren. Der Urin war dabei manchmal rötlich gefärbt und hatte einen unangenehmen Geruch.

Status praesens: 54jährige Frau, kräftig gebaut, mit blasser Gesichtsfarbe, von der Krankheit sehr angegriffen. Die inneren Organe weisen keinen Krankheitsbefund auf. An den äußeren Genitalien zeigt sich ein schwammiger, roter, etwa pflaumengroßer Tumor, der in der Mitte eine Einsenkung aufweist, entsprechend dem Orificium externum der Harnröhre, die sehr erweitert erscheint. Bei Berührung blutet die Oberfläche der Geschwulst. Wenn man mit dem Katheter in die Blase eindringt, stößt man auf einen Fremdkörper (Stein). Makroskopisch handelte es sich um einen ungewöhnlich großen rings um die Harnröhrenmündung entwickelten, wohl von der prolabierten Harnröhrenschleimhaut ausgehenden Polypen. Die Vagina ist mäßig weit, nach oben durch eine liniäre Narbe geschlossen, Uterus fehlt. Die Untersuchung des Urins ergibt keinen Eiweißgehalt, wohl aber reichliche Epithelzellen und Leukozyten. Die Reaktion ist amonikalisch.

Operation: Zunächst wird der ganze Tumor an seiner Basis mit der äußeren Partie der Harnröhre abgetragen und die Harnröhrenschleimhaut mit der Vaginalschleimhaut ringsum durch Catgutnähte vereinigt. Hierauf wird die Colpozystotomie ausgeführt:

im oberen Drittel der vorderen Vaginalwand wird nach Vordrängung der Blase auf einem eingeführten Katheter ein etwa 3 cm langer Medianschnitt gemacht, welcher auch die Blase eröffnet. Der eindringende Finger findet einen an der Oberfläche sehr rauhen, kleinwalnußgroßen Stein. Mit einer Péan'schen Zange wird derselbe gefaßt, wobei er in der Mitte auseinanderbricht und zum Teil abbröckelt. Die beiden Hälften werden entfernt, die Blase mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült, nochmals

ausgetastet und hierauf mit Catgutnähten, welche die Schleimhaut nicht mitfassen, die Colpozystotomiewunde wieder vereinigt. Die Heilung der Wunde verlief ohne Störung.

Mikroskopischer Befund des Tumors:

Die Geschwulst besteht mikroskopisch aus reichlichem, plumpe Papillen bildendem Bindegewebe, welchem ein ziemlich mächtiges Epithellager unter gleichmäßiger Ueberkleidung der Papillen aufsitzt. Die epithelialen Elemente sind durch Quellung sehr stark vergrößert und gegen einander durch scharfe Konturen abgegrenzt.

Die Geschwulst stellt hiermit einen fibro-epithelialen Polypen dar. Die Untersuchung ergab, daß es sich um einen aus Phosphaten zusammengesetzten Stein handelt; ein etwa inkrustierter Faden war nicht zu finden.

Das Vorkommen von großen Harnröhrenpolypen bei gleichseitigem Blasenstein bei der Frau ist ein sehr seltenes Ereignis.

Ich konnte in der mir zur Verfügung stehenden zahlreichen deutschen und ausländischen Literatur nur ein Analogon zu meinem Falle finden (Scanzoni). Kein Autor spricht über die sehr interessante Kombination von Erkrankungen; und wenn man Berichte über die großen Harnröhrenpolypen und ihre Aetiologie liest, so sind es mehr Hypothesen und Nebenbemerkungen als feststehende Tatsachen. Mangel an Material und Beobachtungen spricht schon selbst dafür, daß diese Erkrankungen gleichzeitig sehr selten vorkommen, und wenn man daran denkt, daß man Blasensteine bei der Frau nicht zu oft antrifft (nach Untersuchungen von Alexandrow beträgt das Verhältnis der Häufigkeit des Vorkommens von Blasensteinen bei Frauen und Männern 1:33), so findet man schon in diesem Zustand allein eine Erklärung dafür, daß man Urethralpolypen bei gleichzeitigem Blasenstein sehr selten finden wird.

Alexandrow meint, daß der Grund für die Häufigkeit von Blasensteinen bei den Männern nicht sowohl in anatomischen Verhältnissen der Harnorgane zu suchen ist, als vielmehr darin, daß die harnsaure Diathese bei der Frau seltener ist. Aber im allgemeinen liegt die Ursache der relativen Seltenheit der Blasensteine bei der Frau darin, daß beginnende Konkremente sehr oft und viel leichter spontan per vias naturales abgehen, als beim Manne, was selbstverständlich in der Weite und Kürze der weiblichen Urethra gegen die Länge und Enge der männlichen seinen Grund hat.

Zur Illustration werde ich nur einen von den vielen in der Literatur bekannten Fällen anführen. — Voyer beschreibt die Spontanausstoßung eines 5 cm langen, $3^1/_2$ cm breiten, 9 cm im Umfang messenden Steines bei einem 7jährigen Mädchen.

Was die Aetiologie der Blasensteine bei Frauen betrifft, so bilden ein einzelnes feststehendes, wenn auch nicht das einzige Moment, in die Blase gelangte corpora aliena, die zum Zwecke der Masturbation eingeführt werden, wie z. B. Haarnadeln, Bleistifte, Strohhalme, beim Katheterismus von Instrumenten abgebrochene Stücke, Watte, Schamhaare, dann Fremdkörper, die aus den Nieren durch der Urether in die Blase gekommen sind oder endlich Körper, die nicht aus der Blase gelangt sind, das sind Seiden- und Silkwormnähte, die nicht nur von Blasenoperationen, sondern auch von anderweitigen Beckenoperationen, wie von außen eingewandert resp. in die Blase durchgebrochen sind.

Was unseren Fall anbetrifft, so lenkt schon die Anamnese uns auf einen bestimmten Gedankengang.

Wir haben erfahren, daß in der Familie unser Pat. Gicht vorkommt. Und die längst feststehende Tatsache, daß Blasensteine und Gicht sehr oft familiär auftreten, zeigt schon an, daß unsere Pat., die harnsaure Diathese hatte, somit zu Blasensteinbildungen praedisponiert war.

Die andere anamnestische Angabe, daß sie vor 8 Jahren an einer Geschwulst operiert wurde, läßt uns annehmen, daß

etwa ein bei der Operation zurückgebliebener Faden bei der schon von Haus aus praedisponierten Frau den Anlaß zur Steinentwicklung gegeben hat, wenn auch der Befund keinen Faden aufwies. Als Beispiel dafür möchte ich Lehrs Patientin anführen:

Eine 54jährige Frau wurde wegen eines Beckentumors vor etwa einem Jahr operiert. Seit 6 Monaten klagte sie über häufiges schmerzhaftes Urinieren und Blutungen. Durch die zystoskopische Untersuchung wurde ein bohnengroßes Konkrement und neben der linken Urethermündung noch ein ohrgehängeförmiges Gebilde gefunden. Nach der Entfernung aus der Blase erwiesen sich beide als inkrustierte Seidenfäden, die von der vorigen Operation herrührten. Jetzt komme ich auf die klinischen Symptome zu sprechen, die Blasensteine hervorruft. Da wäre zu sagen, daß bei beiden Gattungen eine mehr oder weniger schwere, meist blutige Cystitis aufzutreten pflegt, die in der Regel die dadurch bedingten Beschwerden nach sich zieht. Die Anatomie der männlichen und weiblichen Blase bringt es mit sich, daß es bei ersteren sehr häufig zu plötzlichen Unterbrechungen des Harnstromes während des Urinierens kommt, weil die Steine sich leicht auf das Orificium internum legen und hier Ventilverschluß bedingen. Bei Frauen dagegen fehlt dieses Symptom ganz, dank der seitlichen Ausbuchtungen der Blase und der Form des Blasenbodens. Das Fehlen dieses so wichtigen Symptoms macht sehr oft die Diagnose unmöglich; auch bei unserer Pat. wäre der Stein möglicherweise nicht diagnostiziert worden, wenn uns nicht der Polyp auf die Spur geholfen hätte.

Zum Schlusse sage ich Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein für die Uebernahme des Referats und Herrn Oberarzt Dr. Albrecht für die freundliche Ueberlassung der Arbeit und seine Ratschläge meinen verbindlichsten Dank.

Literatur.

Stoeckel Veit, Handbuch für Gynäkologie II.

Jahresbericht über Gynäkologie und Geburtshilfe.

Deutsche Chirurgie Dr. Grünfeld.

Lehrbuch der Chirurgie v. Prof. Wullstein und Wilms.

Handbuch für Gynäkologie von Küstner.

Handbuch für Gynäkologie von Runge.

Lehrbuch der inneren Medizin v. Mehring.

Lehrbuch der inneren Medizin v. Strümpeli.

Monatsschrift für Urologie 1904.

Urologis II. (Privatdozent W. Zangemeister-Königsberg.)

Jahresbericht über Erkrankungen d. Urogenitalsystems 1907.

Scanzoni, die Krankheiten der weiblichen Brust und Harnwerkzeuge. 2. Auflage Prag 1859.

Dsirne J., Bericht über 292 Blasensteinoperationen (Arch. f. klin. Chir. 1903 Bd. 70 H. 1.)

Englisch, Ueber mehrfache Blasenteine u. ihre Rezidive nach Operationen (Allg. Wien. Med. Zeitschr. 1905 No. 1—6).

Gräfe M., Ueber einen Fall von großem Blasenstein nebst Bemerk. etc (Zentralbl. f. Gynäkologie 1902).

v. Fritsch, 400 Blasensteinoperationen (Wien. klin. Wochenschrift 1902 Nr. 13—15.)

Posner, Ueber Blasensteine. (Berliner klin. Wochensch. Bd. 37 969 ff.)

Pilzer, Ueber Blasensteine beim Weibe etc. (In.-Diss. Königsb. 1898.)

Winter, Ueber Blasenstein (Deutsch. med. Wochenschrift XXV.)

Mirabeau, Urologisch-gynäk. Mitteilungen (Monatsschr. f. Geburt und Gyn. XXXIII. p. 193.)

Jahresbericht über Leistungen u. Fortschritte in der gesamten Medizin 1898—1909.

Bergmann u. Bruns, Handb. d. prakt. Chirurgie 4. III.

Schmidts Jahrbuch der Medizin Bd. 267, 45.

Stoeckel W., Lehrbuch für Gynäk. Zystohkopie und Uretroskopie.

Duvergey A. u. J. Du Tumeurs polypoises pu Meat urinaire chez la femme (Thèse de Buredeaux 1902.)

Gregoire K., Les poiypes de lurêtre chez la femme (Annales des malad. des 179 gen. urin 1904 Nr. 5)

Reroy, Polypen d. Harnröhre (Gazette de gyn. 1902 Nr. 1.)
Palm K., Ueber papilläre polypöse Angiome u. Fibrome d. weibl. Urethra. (Monatsber. f. Geb. u. Gynäk. 1901 Bd. 13 H. 4.)
Wallach C., Ein Beitrag zur Lehre d. Neubildungen d. weibl. Urethra (In.-Diss. Würzburg 1899)
Weiss O., Pplypen d. Harnröhre (Ref. Frommels Jahresbericht 1898).
Ludwig H., Ueber Lithiasis b. weibl. Geschlecht (Festschr. f. K. Chroback Bad. 1 Wien. 1903 A. Hölder).
Antall G., Spezielle Chirurg. Pathologie u. Therapie d. Harnröhre u. Harnblase Stuttg. 1888.
Neuburger, Beitrag zur Lehre von den Polypen d. Harnröhre Wien, med. Presse 1889, 22. 23.
Halban u. Tandler, Genitalprolapse bei der Frau.
Winkel, Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase 1886.
Jahresberichte von Frommel 1890–1911.
Monatsschrift für Gynäkologie 1885–1911.
Zeitschrift für Gynäkologie 1890–1911.

Lebenslauf.

Ich, Leo Schzedrowitzky, geboren zu Smolensk am 19. Februar 1889 als Sohn des Kaufmanns Georg Schzedrowitzky, besuchte von 1899 bis 1906 die Realschule zu Smolensk. Dann widmete ich mich dem Studium der Bacteriologie. Im Jahre 1907, nach bestandener Prüfung in der lateinischen Sprache bezog ich als Student der Medizin die Universität Heidelberg. Seit S.-S. 1909 studiere ich an der Universität München.